

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1922-1923 - N° 149

Fibro-Myomes utérins ET Hypertension artérielle



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice-Pierre-Jean DOURIAUX

Né à Remiremont (Vosges), le 16 Décembre 1898



LYON

IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ

9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—
Juillet 1923

Fibro-Myomes utérins
ET
Hypertension artérielle

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LÉPINE
Assesseur	ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LÉPINE (J.)
Clinique des Maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICARD
Anatomie Pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DES COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et Hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THÉVENOT (LÉON)	THÉVENOT (LUCIEN)	FLORENCE (G.)	NOEL, chargé des
TAVERNIER	PIÉRY	ROCHAIX	fonctions.
CADE	COTTE	CORDIER	
GARIN	DUROUX	ROUBIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, Président ; THÉVENOT Lucien, Assesseur ;
MM. CORDIER et ROUBIER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Fibro-Myomes utérins

ET

Hypertension artérielle



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 7 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice-Pierre-Jean DOURIAUX

Né à Remiremont (Vosges), le 16 Décembre 1898



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

Juillet 1923

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE, A MA GRAND'MÈRE

Je leur doit tout. Infiniment reconnaissant de tant de sacrifices consentis, je leur dédie ce modeste travail, humble hommage d'une tendre et profonde affection.

A MES SŒURS GERMAINE ET YVONNE

A MADAME VEUVE CLERC

Pour l'intérêt qu'elle nous a toujours porté.

A CEUX DU 77 R. I.
Morts au Champ d'Honneur

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Professeur de Pathologie générale

Chevalier de la Légion d'honneur

Pour le grand honneur qu'il nous
fait, de présider notre thèse. Nous le
prions de bien vouloir agréer ici nos
respectueux remerciements.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

Chirurgien de la Charité

Chevalier de la Légion d'honneur.

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse, nous a guidé dans nos recherches
et nous a prodigué ses conseils. Nous
l'en remercions bien sincèrement.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES JUGES

INTRODUCTION

Lorsque, sur les conseils de M. le Professeur agrégé Cotte, nous avons entrepris l'étude de la tension artérielle dans les fibromes, nous ne dissimulons pas ici que nous croyions la tâche plus facile.

Il nous semblait, qu'ayant sous les yeux les chiffres traduisant en Riva-Rocci les tensions artérielles de nos fibromateuses, soutenus par une statistique méthodique et impartiale, nous verrions découler de ce modeste travail des conclusions nettes et indiscutables. Nous avons dû reconnaître par la suite que la question ne devait pas être si aisée à résoudre que nous l'avions cru primitivement.

En effet, si les noms autorisés de MM. Vaquez et Leconte ont attiré l'attention sur la « fréquence de l'hypertension chez les femmes atteintes de fibromes utérins », si M. Jean Heitz affirme « cette coexistence fréquente du fibrome avec l'hypertension », il n'en reste pas moins vrai qu'avec tout le poids que leur donne l'expérience des choses de la gynécologie, après avoir fait une discrimination soigneuse de plusieurs centaines d'observations, Barrows, puis Taylor et Withe en Amérique peuvent conclure « qu'il n'y a pas de relation nette entre les fibromes et l'hypertension ».

Bien plus, MM. Patta et Decio, en Italie, trouvent dans leurs expériences, que « l'injection d'extraits de fibromyomes utérins provoque de l'hypotension et souvent conditionne un ralentissement du pouls ».

La question restait donc à notre avis toute entière en suspens et c'est pourquoi nous avons cru utile d'entreprendre ici cette étude.

Nous n'avons pas cru devoir aborder « *ex abrupto* » cette question un peu spéciale sans rappeler auparavant dans un historique le plus succinct possible, les travaux qui, dans la seconde moitié du siècle dernier, ont mis en évidence les troubles cardio-vasculaires constatés au cours de fibromes. Cet aperçu nous a paru absolument indispensable pour situer notre étude et pour en montrer le but exact ainsi que les limites.

En un second chapitre nous insisterons un peu plus longuement sur les travaux de ceux qui nous ont précédé dans l'étude des tensions artérielles chez les mêmes malades, et dont la concordance avec ce que nous avons trouvé nous-même, sera d'un grand appui dans la discussion.

Nos observations inédites, nous les transcrirons fidèlement en un troisième chapitre, voulant par là montrer au lecteur d'une façon plus objective encore notre méthode de travail et le faire lui-même juge du litige. Un parallèle avec les tensions relevées dans les autres affections gynécologiques nous permettra de conclure en l'un ou l'autre sens.

Bien que le clinicien n'ait guère droit, dans la vie courante, de se laisser entraîner trop loin par la

question, trop théorique souvent, de la pathogénie, nous avons pensé qu'il serait bon de rappeler brièvement (Chapitre IV), les éventualités qui nous sont proposées comme facteurs d'hypertension chez les fibromateuses.

Enfin il ne saurait être question de passer sous silence un sujet d'un intérêt primordial, nous voulons parler du pronostic et du traitement éventuel de l'hypertension, qui nous fourniront le sujet du cinquième et dernier chapitre.

L'intérêt très grand que nous avons pris à cette étude nous a récompensé largement des recherches que nous avons dû entreprendre pour la mener à sa fin.

Aussi, nous sommes profondément reconnaissant à M. le Professeur agrégé COTTE qui nous a confié cette tâche et nous a donné toutes facilités pour puiser, à la clinique gynécologique, une statistique fournie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il y a bien longtemps déjà, et les premières études à ce sujet remontent à 1846, que la discussion fut ouverte sur les relations possibles entre les fibromyomes utérins et les maladies de cœur, et sur la fréquence des deux lésions associées.

Comme toujours, après des fortunes diverses, niée par les premiers auteurs Popoff, Hernès et d'autres, l'éventualité de troubles cardiaques et circulatoires graves s'imposa peu à peu dans l'opinion littéraire grâce à des publications assez nombreuses dont nous retiendrons seulement les noms importants. Nous voulons parler de Nélaton, de Marie Roussel, de Terrillon à la Salpêtrière, de Demons à Bordeaux et surtout Sébilleau, dont l'article paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1887 fait époque dans la question. A l'étranger, Fehling, Hoffmeier, Edelboth d'une part, Lehmann et Strassmann d'autre part, confirment la possibilité d'accidents cardiovasculaires graves chez des malades atteintes de fibromes.

Mais après avoir soigneusement examiné toutes leurs observations relatées dans la thèse de Clavé, nous avons constaté que ces malades (27) étaient toutes porteuses de volumineux fibromes remontant le

plus souvent au-dessus de l'ombilic, comprimant maintes fois le petit bassin ou adhérents aux organes voisins. Les accidents relatés consistaient presque toujours dans l'œdème des jambes, dyspnée. Par contre, les lésions orificielles caractérisées étaient rares, du moins celles qui pouvaient, comme les quatre insuffisances mitrales relevées, être mises à l'actif du fibrome. Car nous ne voyons pas comment et par quel mécanisme, la tumeur utérine pourrait être invoquée dans l'étiologie du rétrécissement de cette même mitrale, trouvé dans trois observations.

Plus intéressants sont pour nous ces cas de pouls alternant, constatés chez deux malades. « Que ce trouble, dit M. Gallavardin, soit vraiment l'expression d'une déchéance cardiaque irrémédiable ou l'indice d'une défaillance commençante, son importance dans l'étude de l'hypertension artérielle demeure au premier plan. Apparaissant à la suite de cette longue phase latente que l'hypertendu avait victorieusement traversée grâce à son hypertrophie cardiaque compensatrice, il annonce manifestement le déclin. A ce titre, il a le droit d'être considéré comme un des signes les plus précis de l'insuffisance ventriculaire gauche des hypertendus défaillants ».

Assurément, il n'est pas niable que des accidents asystoliques peuvent être l'aboutissant de fibromes volumineux. Quelle que soit la pathogénie admise en l'occurrence : compression des vaisseaux ou des uretères, hypertension abdominale ou barrière placée sur la grande circulation, nous nous trouvons là en présence d'accidents mécaniques, dans lesquels la

qualité même de la tumeur n'entre sans doute que pour une part additionnelle minime.

Nous ne partageons pas sur ce point l'opinion de Clavé, qui voit « des rapports étroits au point de vue de leur action sur le cœur entre un utérus gravide et un utérus fibromateux ». En effet, si le premier relève d'un état physiologique et actif, le second est essentiellement pathologique et inerte. A la base de toute notion obstétricale nous avons appris à placer le terme d'« adaptation ». Or un fibrome, production morbide, corps étranger, s'adapte souvent mal. De plus, la grossesse est accompagnée de réactions profondes encore qu'obscurcs, du côté de tout le système glandulaire dont la synergie concourt à maintenir l'équilibre de l'organisme. C'est pourquoi sans doute, nous n'observons qu'une élévation légère de la tension — 1 cm — (Bogdanovics-Hirst-Newel) pendant la seconde moitié de la grossesse.

Il serait peut-être plus près de la vérité, de faire un parallèle entre un fibrome volumineux et un estomac fortement distendu. Nous n'ignorons pas que l'hypertension constatée dans ce cas est d'autant plus marquée que la masse alimentaire est plus considérable (Loeper) surtout évidente après ingestion de grandes quantités de liquide. Mais nous savons aussi, bien que Loeper ne le signale point, que ces faits sont troublés par une hypertension fonctionnelle et digestive, liée à l'activité sécrétaire.

Et Sébilleau avait bien vu juste, lorsqu'il avait intitulé son article : « Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen ». Il ne refusait à aucune tumeur volumi-

neuse le droit de conditionner une cardiopathie. Quoi qu'il en soit, nous refusons aux accidents relatés plus haut et que nous attribuons à des phénomènes purement mécaniques, toute spécificité quant à la nature fibromyomateuse de la tumeur envisagée. Ils relèvent comme tels de la pathologie générale et ce n'est pas ce que nous avons eu en vue dans cette étude. Nous voulons examiner les cas beaucoup plus troublants quant à leur pathogénie, de fibromes dont le volume relativement minime, n'entraînant aucune compression, n'explique nullement l'hypertension artérielle concomittente observée dans des cas assez nombreux.

CHAPITRE II

Depuis Sébilleau nos procédés d'investigation vis-à-vis des phénomènes cardio-vasculaires, se sont perfectionnés. C'est sur des bases nouvelles, à savoir l'observation de la tension artérielle, devenue d'un usage courant en clinique, que seront à nouveau envisagés les rapports entre les fibromes et la circulation.

Si en 1908 déjà, les publications abondent qui ont trait à la tension artérielle, des recherches soigneuses dans la littérature montrent qu'il nous faut attendre jusqu'en 1912 pour enregistrer des travaux précis sur la question qui nous occupe.

C'est en effet dans l'« *American Journal Surgery* » de cette même année que Barrows constate « qu'en règle générale aucune de ses malades fibromateuses n'avait une tension sanguine élevée et que cette tension n'était pratiquement pas modifiée par l'ablation de la tumeur elle-même (myomectomie) ou de l'utérus avec la tumeur (hystérectomie) ». Mais il ne donne pas les statistiques sur lesquelles il base ses conclusions.

Puis la littérature médicale demeure muette sur la question jusqu'en février 1916 où Taylor et Withe nous apportent leurs statistiques de l'hôpital Roosevelt, portant sur les années 1913, 1914 et les six pre-

miers mois de 1915. Après avoir éliminé les cardiaques, ils se trouvent en présence de 148 cas de malades fibromateuses.

Parmi celles-ci 55 (soit 37 %) ont une pression de 120 mm. ou au-dessous, avec comme âge moyen 34 ans, et 62 (soit 42 %) ont une pression variant de 121 à 140 mm. avec un âge moyen de 36 ans. C'est donc là un total de 117 cas (soit 79 %) qui avaient une pression de 140 mm. ou au-dessous avec comme âge moyen 35 ans. Taylor et Withe considèrent comme normale toute pression qui, vers cet âge, est inférieure à 140.

Les 31 malades qui présentaient plus de 140 avaient un âge moyen de 43 et présentaient souvent (22) de volumineux fibromes.

Deux cas étaient accompagnés d'albumine ; dans un troisième cas, il y avait glycosurie et souffle cardiaque (?) Chez les malades qui présentaient une tension élevée, on trouva généralement un léger élargissement de la matité cardiaque, mais jamais de souffle.

Trois cas présentèrent une tension non modifiée par l'opération, 11 eurent une augmentation variant de 5 à 65 mm. et 8 eurent une chute variant de 5 à 40 mm. après l'opération.

Ils en concluent qu'il n'y a pas de relation nette entre les fibromes utérins et l'élévation de la pression sanguine et que l'extirpation de la tumeur elle-même, ou bien de la tumeur et de l'utérus, n'agit pas comme cause efficiente dans les cas où l'on trouve une augmentation de la pression.

Taylor ne donne pas dans son article de précisions

sur le procédé auquel il eut recours pour mesurer ces tensions. Etant donnés les chiffres cités par lui, il est très probable qu'il se servit de la méthode de Riva-Rocci.

C'est Vaquez en France, qui après avoir effleuré la question en 1920 dans son « Traité des Maladies du Cœur » en fait la première étude serrée dans un article paru en collaboration avec M. Leconte.

Considérant 308 femmes qui présentaient au sphygmomètre une tension artérielle supérieure à 18 :

9 avaient subi une hystérectomie.

22 étaient encore porteurs de fibromes, soit une proportion de 10 %.

Il en conclut donc à une coexistence assez fréquente d'un fibrome avec l'hypertension.

« Ces chiffres, nous dit M. Jean Heitz dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 18 avril 1922, seraient encore inférieurs à la réalité, si on les rapproche de la statistique concernant les malades de même ordre que j'ai examinées au cours de l'année 1921 ».

Sur 208 femmes dont la pression, à plusieurs examens successifs selon la méthode de Riva-Rocci, s'était montrée supérieure à 16/10 :

45 étaient porteurs de fibrome ou avaient été traités chirurgicalement ou médicalement pour cette affection. Il s'agit donc d'une proportion de 21,6 %.

Et 29 d'entre elles présentaient en permanence une pression supérieure à 20/11.

Ces malades pouvaient être classées en trois catégories : Hypertendues ayant leur fibrome : 15.

Hypertendues ayant subi une hystérectomie pour fibrome : 17.

Hypertendues dont l'évolution du fibrome avait été arrêtée par des pratiques physiothérapiques : 13. (8 avaient été traitées par les rayons X.)

Mais l'auteur rapproche de ces faits 15 autres observations de femmes qui, venues consulter en 1921, malgré la présence d'un fibrome en évolution ou en voie de régression spontanée ou thérapeutique, avaient gardé une pression normale.

Il n'est pas jusqu'à la médecine expérimentale qui n'ait, avec MM. Patta et Decio, voulu apporter son tribut à la discussion qui nous occupe. Si nous n'avons pas respecté l'ordre chronologique des faits, c'est que nous estimions que cette étude méritait d'être mise sur un plan différent. C'est en effet dès 1911, dans un travail fait à l'Institut pharmacologique et à la Clinique gynécologique de Pavie, que MM. Patta et Decio, étudiant systématiquement l'influence, sur le cœur et la circulation, des sécrétions internes de divers organes ou productions pathologiques, ont cru, le fait ayant, disent-ils, été constaté, de coexistence de fibromes et d'affections cardio-vasculaires, devoir commencer leurs recherches avec de semblables tumeurs.

Leurs expériences, au nombre de quatre, portent sur trois chiens et un lapin, auxquels ils injectèrent, dans la jugulaire, des quantités variant de 10 à 50 cc. d'extraits de myomes différents. La carotide gauche était reliée au kimographe.

Ces auteurs concluent « à la présence dans les fibromyomes de substances capables, dans la plupart

des cas, d'abaisser la tension artérielle — 10 à 15 mm. de dénivellation — et de ralentir le pouls.

Si séduisantes qu'elles aient pu paraître à cette époque, ces expériences nous semblent avoir perdu aujourd'hui sinon tout, du moins grande partie de leur valeur. Les travaux de Lumière à Lyon, de Widal et Abrahmi à Paris et de tant d'autres, ont éclairé ces faits d'un jour tout nouveau.

L'introduction brusque dans la circulation, d'un antigène, généralement une albumine hétérogène, détermine un choc colloïdoclasique, se traduisant par un ensemble de symptômes, classiques à l'heure actuelle et parmi lesquels figurent au premier plan le collapsus cardiaque et l'hypotension artérielle.

La question en était donc là, lorsque notre Maître, M. le Professeur agrégé Cotte, dont l'attention avait été appelée sur ces faits par l'article de M. Heitz, en aborde l'étude dans le *Lyon Médical* de février 1923. Toutefois, jugeant ne pas avoir observé assez de malades, il s'abstient de donner des conclusions absolues, et veut bien nous confier la poursuite de ce travail.

La méthode de recherches de M. Vaquez et Leconte d'une part, de M. Heitz d'autre part, n'est pas exempte de toute critique. « Il faut bien le reconnaître, fait remarquer M. Cotte, les conditions mêmes dans lesquelles leurs statistiques ont été relevées, ne permettent guère de se faire une opinion sur les rapports qui peuvent exister entre les deux choses, puisqu'il s'agissait uniquement de malades hypertendues. Qu'importe en effet que sur les 200 ou 300 femmes hypertendues examinées, il y en ait 10 ou 20 % attein-

tes de fibromes. Il faudrait encore établir que sur 500 femmes dont la tension est normale, la proportion en est moindre ».

C'est pour nous mettre à l'abri de cette cause possible d'erreur, que, voulant obtenir une statistique comparée, nous avons, pendant les deux derniers mois de 1922 et les cinq premiers mois de 1923, relevé systématiquement toutes les tensions observées chez les malades, quels que soient leur âge et l'affection qui les avait conduits à la clinique gynécologique.

Les tensions ont été prises au Gallavardin. La vibration diastolique a été recherchée à la palpation, qui après un apprentissage, très court d'ailleurs, donne des résultats très satisfaisants pour un clinicien ; dans les cas ardues nous avons eu recours au phonendoscope. Les tensions très anormales ou difficiles ont toutes été contrôlées par un second observateur.

M. le Professeur agrégé Cotte a bien voulu nous confier de nombreuses observations antérieures à ces dates, et qui nous ont permis de baser nos recherches sur 300 observations inédites, dont 83 fibromes.

L'expérience nous ayant appris que la pression était fonction de l'âge, nous avons cru utile de classer nos malades en quatre catégories, artificielles peut-être, mais qui nous donneront des chiffres plus comparables entre eux. Nous rapportons plus loin « in extenso » la tension de nos malades.

L'auscultation du cœur a été pratiquée chez chacun d'elles. Mais il ne peut être question, pour des variations minimales, de délimiter par la percussion, l'aire cardiaque. Au manque de précision général de

cette détermination chez l'homme, s'ajoute encore chez la femme la présence des seins qui la dérobent en partie à nos moyens d'investigation habituels.

La palpation de la pointe ne nous permettra pas même de dire si le cœur est hypertrophié ou s'il est simplement comme dans les distensions abdominales, dévié vers l'aisselle.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que les théories actuelles (Vaquez) tendent à considérer le gros cœur comme secondaire à l'hypertension, et non pas cause efficiente de celle-ci.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS (Inédites)

Au-dessous de 20 ans

Bro...	18 ans, T =	11/7	:	Annexite gauche purulente.	
Al...	17	—	11/6	:	Herpès des petites lèvres.
Cha...	16	--	10/5	:	Salpingite bilatérale.
Cur...	19	---	9,5/6	:	Salpingite gauche.
Ra...	19	---	14/9	:	Insuffisante thyro-ovarienne, obésité, aménorrhée.
Vil...	19	---	11,5/7	:	Grossesse extra-utérine.
Don...	18	---	10,5/6,5	:	Utérus infantile.

De 20 à 30 ans

Ag...	20 ans, T =	13/8,5	:	Grossesse extra-utérine.	
Baj...	23	—	13/8,5	:	Grossesse extra-utérine.
Bar...	23	—	12/7,5	:	Rétroversion. Fixation.
Ba...	26	—	11,5/6,5:		Salpingite chronique. Ovarite kystique.
Ana...	28	—	13/8	:	Subtotale. Ovaire scléro-kys- tique.
Col...	29	—	12/7	:	Hémorragie post abortum. Curettage.
Chir...	29	—	12,5/7,5:		Ovarite kystique. Subtotale.
Cha...	24	—	12,7/5	:	Annexite. Conservation à G.
Car...	21	—	12/6,5	:	Salpingiectomie bilatérale.
Dur...	25	—	12,5/7	:	Utérus fibromateux. Ovarite kystique.
Dal...	28	—	12/8	:	Annexite chronique.
Goy...	22	—	13/7	:	Hématocèle.
Ja...	28	—	13/8	:	Salpingite bilatérale.
Leo...	25	—	13/7	:	Utérus métritique.
Luc...	26	—	14/8	:	Utérus fibromateux.

Ma...	21	—	9,5/6	:	Salpingite double.
Ver...	25	—	12/7	:	Salpingite. Castration G,
Ber...	20	—	11,5/7	:	Gros kyste ovaire. Fibrome.
Bla...	28	—	11/7	:	Cholécystectomie.
Boy...	20	—	10,5/6	:	Salpingite bacillaire. Subtotale.
Rom...	21	—	13/7	:	Annexes gauches douloureux.
Em...	29	—	11,5/7	:	Salpingite droite.
Am...	21	—	10,5/7	:	Kyste ovaire gauche.
Sou...	25	—	10,5/7	:	Annexite bilatérale.
Mu...	28	—	12/7,5	:	Annexite. Subtot. sans cons.
Vi...	26	—	12,5/7	:	Colporaphie.
Co...	22	—	12/7,5	:	Annexite bacillaire.
Dü...	29	—	12/7	:	Ovarite gauche.
Bo...	22	—	14/8,5	:	Kyste ovaire gauche. Annexite D.
Ram...	27	—	13,5/8	:	Annexite bacillaire. Ovaire scléreux.
Ber...	22	—	11,5/7	:	Ovarite scléro-kystique bacillaire.
Com...	22	—	11/6	:	Bacilliose tubaire.
Mar...	27	—	13/8	:	Métrorragies post abortum.
Gév...	25	—	12,5/8	:	Subtotale sans cons. Annexite.
Iso...	27	—	13/8	:	Hématosalpinx. G.
Cha...	24	—	10,5/6,5	:	Annexite suppurée double.
Gue...	26	—	11,5/8	:	Salpingite double.
Fau...	23	—	12/8	:	Kyste ovaire.
Mu...	21	—	12,5/8,5	:	Abcès appendiculaire.
Bou...	23	—	12/8	:	Subtotale. Annexite.
Gad...	25	—	12/7	:	Annexite. Totale sans cons.
Pow...	24	—	13/8	:	Kyste ovaire gauche.
Sal...	25	—	13,5/8	:	Abcès froid tubaire.
Cha...	24	—	9/5,5	:	Salpingite double.
Lass...	24	—	12/8	:	Kyste dermoïde ovaire G.
Ba...	21	—	13/8	:	Rétroversion. Fixation.
Re...	25	—	12/6	:	Métrorragie post ab. Curet.
Pas...	21	—	13,5/8,5	:	Annexite. Ovarite kystique.
Rou...	28	—	10/7	:	Grossesse tubaire. Salpingite.
Cas...	20	—	13/8	:	Rétroversion. Fixation.
Mar...	28	—	12/9	:	Ovaire scléro-kystique.

Du...	26	—	13/8	:	Ovarite kystique.
Mou...	27	—	11,5/8	:	Fixation. Appendicectomie.
Dus...	26	—	12/7	:	Hématocèle.
L'He...	26	—	12/7	:	Castration unilat. G. Kyste.
Pio...	27	—	12,5/9	:	Appendicectomie.
Mef...	21	—	10,5/7	:	Salpingite. Castration G.
Har...	23	—	10,5/7	:	Rétroversion.
Pi...	25	—	12/8	:	Kyste tubo-ovarien.
Ser...	23	—	12/8	:	Fausse-couche. Curettage.
Pou...	27	—	12/8	:	Salpingite gauche.
Bou...	27	—	11/6	:	Varicocèle tubaire.
Gr...	26	—	13/9	:	Péritonite bacillaire.
Mu...	26	—	11/7,5	:	Salpingite gauche.
Mau...	22	—	11,5/9	:	Kyste ovarien tordu.
Gel...	27	—	13/9	:	Annexite. Castration D.
Brou...	25	—	12/7	:	Ovaire scléro-kystique. Rétro- version.
Ba...	26	—	10/6	:	Ovaire scléro-kystique.
La...	22	—	12,5/8	:	Ovaire scléro-kystique.
Ma...	23	—	13/8	:	Appendicectomie.
Tra...	24	—	12/7,5	:	Salpingite et kyste ovarien.
Do...	25	—	12,5/7	:	Salpingite double.
La...	25	—	11/7	:	Ovarite kystique bilatérale.
Chi...	26	—	12/7	:	Grossesse extra-utérine.
Geu...	27	—	12/7,5	:	Grossesse extra-utérine.
Me...	26	—	11/7	:	Prolapsus.
Cun...	25	—	11/8	:	Castration unilatér. Salping.
Ric...	20	—	14/9	:	Salpingite bilatérale.
Rou...	22	—	11/6	:	Salpingite bilatérale.
Vin...	25	—	12/8	:	Périnéoraphie.
Rem...	23	—	12/7	:	Rétroflexion douloureuse.
Per...	20	—	11/6	:	Annexite gonococcique D.
Pil...	22	—	12/6	:	Utérus métritique.
Par...	22	—	11/7	:	Grossesse extra-utérine.
Rous...	27	—	12/7	:	Salpingite droite.
Thom.	29	—	10,5/6	:	Rétroversion. Fixation.
Vi...	29	—	12/6,5	:	Rétroversion. Fixation.
Va...	27	—	11,5/8	:	Néo du vagin.

Malades de 30 à 40 ans

Bou...	31 ans, T =	12/7,5 :	Annexite bilat. Subtotale.
Ben...	36 —	10/8,5 :	Métrorragie post abortum.
Berg...	38 —	13/7 :	Fibrôme hémorragique.
Ber...	37 —	12/8 :	Utérus fibromateux. Kyste ovarien.
Bra...	37 —	14/8,5 :	Métrite hémorragique.
Bai...	37 —	12,5/7,5 :	Utérus double. Annexite G.
Cha...	35 —	12/7,5 :	Métrorragie post abortum.
Ga...	31 —	13/8 :	Kyste ovaire gauche : orange.
Gri...	31 —	12/7 :	Ovaire scléro-kystique D.
Ja...	30 —	11,5/7,5 :	Métrorragie. Curettage.
Ma...	35 —	12,5/7,5 :	Fibrome utérin.
Ne...	38 —	13,5/8,5 :	Fibrome. Totale.
Pa...	35 —	11/6,5 :	Varicocèle.
Pi...	32 —	13,5/8 :	Utérus métritique. Ovaire scé- reux.
Per...	34 —	12/8 :	Rétroflexion congénitale.
Ro...	34 —	11/7,5 :	Annexite double purul. à D.
Sy...	35 —	12/7 :	Annexite droite.
Ta...	35 —	13/10 :	Ovarite double scléro-kyst.
Tha...	37 —	11/6,5 :	Annexite suppurée.
Walt...	30 —	12/7,5 :	Annexite gauche.
Gou...	33 —	10,5/6,5 :	Ovarite kystique bilatérale.
Be...	30 —	15/9 :	Adénomyome du corps.
Ja...	39 —	14,5/8,5 :	Petits fibrômes multiples.
Des...	31 —	13/8 :	Rétroversion et annexite.
Ba...	30 —	9/5 :	Inondation péritonéale.
Goi...	38 —	12,5/8 :	Grossesse tubaire ancienne.
Chre...	33 —	10,5/6,5 :	Kyste ovaire droit : orange.
Breu...	37 —	15/10,5 :	Annexite gauche.
Frey...	37 —	10,5/6 :	Grossesse tubaire D.
Jan...	39 —	14,5/8,5 :	Gros utérus métritique.
Au...	30 —	10,5/7,5 :	Rétroversion. Annexite.
Mar...	35 —	13/8 :	Annexite gauche. Castrat. G.
Bra...	30 —	11/7,5 :	Salpingite gauche.
Mon...	30 —	11,5/8 :	Rétroversion. Fixation.
Per...	35 —	15/10,5 :	Ovarite scléro-kystique.
Cha...	34 —	13/9 :	Grossesse ectopique. Petit fi- brome.

Pon...	36	13/8	:	Ovaires scléro-kystiques.
Ro...	39	11,5/7	:	Cholécystite. Gastrotomie.
Del...	37	13,5/8	:	Néo col : Wertheim.
Du...	31	12/8	:	Néo col : Radium. Epilept.
Cai...	33	10/8	:	Prolapsus. Cystocèle.
Va...	38	12/8	:	Néo col.
Lai...	33	10/8	:	Rétroversion.
Bla...	36	12/8	:	Rétroversion. Annexite.
Cha...	38	12/9	:	Néo col.
Blan...	39	12/8	:	Fibrome nécrobiotique.
Gau...	35	13,5/8	:	Fausse-couche.
Chas...	33	12/8	:	Ovaire scléro-kystique.
Den...	34	13/9,5	:	Hernie crurale.
Du...	32	13,5/9,5	:	Ovarite kystique.
Au...	38	10,5/8,5	:	Gros fibrome remont. à l'ombilic ; souffle systolique de la pointe.
Bru...	37	10/6	:	Fibrome et annexite.
Rou...	39	16/9	:	Fibrome.
Jue...	35	13/9	:	Utérus fibreux. Ovaires scléro-kystiques.
Ram...	34	12,5/7,5	:	Hématocèle.
An...	32	12/8	:	Colpopérinéoraphie.
Mon...	35	13/7,5	:	Rétroversion. Ovaire sc. kyst.
Cha...	30	12/8	:	Curettage post abortum.
Com...	37	11/8	:	Grossesse tubaire.
Tou...	35	11/8	:	Salpingite.
Col...	34	13/8,5	:	Grossesse extra-utérine.

Malades de 40 à 50 ans

Au...	40 ans T =	15,5/9,5	:	Pelvipéritonite.
Ach...	45	12/8	:	Ovaire scléro-kystique. Métrite du corps.
Bal...	42	16/10	:	Fistule recto-vaginale.
Be...	44	12,5/7,5	:	Curettage post abortum.
Bill...	42	13,5/8	:	Néo du col.
Bél...	41	13,5/7	:	Fibrome hémorragique.
Cré...	44	12,5/9,5	:	Rétroversion. Ovaire sclér.
Clu...	48	13/7,5	:	Fibrome.
Cla...	43	11,5/7	:	Néo du col.

Ca...	43	—	14,5/10 :	Fibrômes hémorragiques.
Car...	45	—	15/9,5 :	Fibrome pédiculé.
Du...	44	—	11/7 :	Utérus métritique douloureux.
Fran...	45	—	13,5/9 :	Utérus fibromateux hémor.
Fill...	43	—	13,5/8 :	Fibrome hémorragique.
Gir...	44	—	14/8,5 :	Fibrome.
Jom...	40	—	14/8,5 :	Rétroversion.
Jac...	45	—	15/9,5 :	Fibrome utérin : orange.
Jaq...	43	—	14,5/9,5 :	Métrite hémorragique simple.
Jam...	46	—	13/9 :	Annexite bilatérale.
Mon...	44	—	14/9 :	Fibrome paroi antérieure.
Mar...	41	—	10,5/6,5 :	Annexite gauche. Pet. myome.
Ma...	47	—	15,5/8,5 :	Fibrome.
Pra...	47	—	12/8 :	Fibrome.
Pro...	44	—	12,5/7,5 :	Néo du col.
Pel...	40	—	12/6,5 :	Salping. et métrite chroniques
Pou...	43	—	11/7 :	Fibrome gros comme noix. Annexite.
Per...	41	—	14/10 :	Néo du col récidivé.
Rom...	42	—	14/10,5 :	Fibrome hémorragique.
Sin...	43	—	13,5/9,5 :	Fibrome gros comme tête d'enfant.
Sau...	46	—	12/8 :	Ouverture d'une collection purulente.
Traut...	46	—	11,5/8 :	Kyste de l'ovaire.
Bar...	40	—	11,5/8,5 :	Appendicite.
Per...	49	—	11/8 :	Métrite hémorag. Totale.
Loui...	49	—	14,5/9 :	Utérus fibromat. Annexite.
Al...	46	—	14/8 :	Grosse tumeur de l'ovaire. Fi- brôme.
Mon...	48	—	15/9,5 :	Fibrome multilobé.
Ma...	49	—	14/8 :	Utérus métrit. Pet. myome.
Fou...	48	—	12,5/9 :	Fibromes multiples s.-périton.
Lass...	42	—	13/8 :	Métrite hémorragique.
Voc...	46	—	15,5/10,5 :	Fibrome utérin à 2 noyaux. Albuminurie légère.
Car...	49	—	13,5/7 :	Myomectomie. Fibrôme.
Bas...	46	—	16,5/11 :	Fibrome et kyste ovarien.
Lez...	41	—	12,5/6,5 :	Salpingite chronique.
Ma...	48	—	13,5/7 :	Utérus fibromateux.

Val...	42	—	14/7,5	:	Fibrome hémorragique.
Chau.	43	—	13/7,5	:	Métrite cervicale hypertrophique.
Rou...	49	—	15/10	:	Hernie ombilicale.
Dor...	42	—	12/8	:	Fibrome.
La...	45	—	14,5/10	:	Utérus fibromateux.
Sau...	46	—	17/12	:	Fibrome, glycosurie, goitre.
Boy...	43	—	14/9	:	Kyste ovarien.
Nem...	48	—	13/8	:	Métrite parenchymateuse.
Ar...	45	—	16,5/8	:	Fibrome gros comme tête d'adulte.
Pou...	45	—	13/7	:	Métrite hémorragique.
Dar...	44	—	11,5/6	:	Kyste. Petit fibrome.
Dup...	42	—	13/8	:	Fibromes multiples.
Cher...	43	—	12,5/7	:	Utérus fibromateux.
Ver...	40	—	13/7	:	Appendicectomie.
Meg...	45	—	12/7	:	Néo du col.
Bil...	47	—	13/7	:	Utérus fibreux.
Ri...	40	—	15/9	:	Annexite bilatérale.
Lim...	43	—	14/8	:	Gros fibrome multilobé douloureux.
Del...	46	—	12/9	:	Métrite hémorragique.
Rav...	43	—	11/7	:	Néo col.
Bro...	43	—	11,5/7	:	Fibrome.
Bar...	46	—	13/6,5	:	Fibrome.
Mon...	49	—	12/7	:	Gros polype fibr. procident.
Ju...	49	—	13/8	:	Fibrome.
Ber...	42	—	12/8	:	Fibrome.
Gir...	44	—	14/9	:	Fibrome.
Bess...	45	—	12/7	:	Fibrome.
Char...	46	—	13/10	:	Néo du cœcum.
Boi...	40	—	12/9	:	Fibrome.
Pro...	45	—	12,5/8	:	Fibrome et annexite.
Chev.	47	—	13,5/7	:	Fibrome.
Ci...	44	—	14/8	:	Fibrome gros et douloureux.
Mico...	46	—	12/9	:	Métrite hémorragique.
Em...	46	—	12/9	:	Fibrome.
Ver...	42	—	12,5/7	:	Fausse-couche.
Ver...	41	—	12/8	:	Métrite parenchymateuse.
Rob...	41	—	13,5/8	:	Fibrome.

Et...	42	—	13/8	:	Colpotomie.
Tour...	42	—	13/8	:	Hydrosalpingix.
Mau...	48	—	14,5/11	:	Fibrome.
Du...	44	—	13/7	:	Kyste de l'ovaire.
Bou...	48	—	15,5/10,5	:	Fibrome.
Bel...	43	—	14,5/8,5	:	Fibrome remont. à l'ombilic.
Gu...	46	—	13/8	:	Hernie ombilicale.
Rév...	48	—	17/12	:	Fibrome (obèse).
Mar...	40	—	13/7,5	:	Néo col.
Cra...	42	—	10/7	:	Fibrome du col.
Teill...	49	—	12,5/8	:	Fibrome.
Pin...	48	—	13/9	:	Fibrome et kyste.
Mar...	40	—	14/8	:	Gros fibrome jusqu'à l'ombilic
Ber...	49	—	12/9	:	Néo du col.
No...	43	—	12/8	:	Périnéopraphie.
Cub...	44	—	13/9	:	Fibrome multilobé. Annexite.
Par...	45	—	13/8	:	Fibrome de l'isthme.
Bau...	48	—	15,5/10,5	:	Kyste tubo-ovarien.
For...	43	—	16/12	:	Fibrome.
Rou...	45	—	13/9	:	Fibrome.
Beau...	41	—	14/10	:	Fibrome de 2 k. 500.

Malades âgées de plus de 50 ans

Ol...	60 ans	T =	14,5/10,5	:	Néo du col.
Bi...	52	—	12,5/7	:	Néo du col.
Cha...	61	—	16/8,5	:	Néo du col.
Ba...	53	—	18/13,5	:	Néo du col.
Sat...	52	—	13/8	:	Utérus fibromat. Annexite.
Sal...	57	—	14,5/8	:	Néo estomac.
Théo...	54	—	16,5/12	:	Fibrome gros comme noix.
Ved...	50	—	12,5/7	:	Fibrome.
Vid...	50	—	14,5/8,5	:	Utérus fibromateux.
Lac...	53	—	13,5/7	:	Kyste de l'ovaire.
Lia...	54	—	18,5/11	:	Fibrome gros comme le poing. Obèse.
Ilæ...	52	—	12,5/7,5	:	Néo du col.
Ner...	60	—	17,5/11	:	Fibrome et kyste ovarien.
Arn...	52	—	16/10,5	:	Néo du col.
Gre...	58	—	14/10,5	:	Examen gynécologique négat.
Hém...	55	—	13,5/9,5	:	Fibrome.

An...	55	—	13/8	:	Néo du col.
Gour...	56	—	14,5/10,5	:	Fibrome volumineux.
Dub...	63	—	13/7	:	Prolapsus.
Egl...	63	—	13/9	:	Néo du col.
Er...	60	—	14/9	:	Prolapsus.
Ray...	55	—	17/9	:	Néo du col.
Brou...	75	—	20/12	:	Prolapsus et col ulcéré.
Nan...	63	—	15/9	:	Colpopérinéoraphie.
Pel...	72	—	16/12	:	Prolapsus.
Gue...	52	—	13/9	:	Utérus fibreux.
Mo...	60	—	14/9,5	:	Kyste multiloculaire.
Lar...	52	—	11,5/7	:	Annexite bilatérale.
Pre...	52	—	15/10	:	Néo du rectum.
Laf...	67	—	16,5/10	:	Néo du col.
Mi...	54	—	15/10	:	Néo du col.
Ben...	51	—	12/7	:	Métrite parenchymateuse.-
Rou...	53	—	12/9	:	Néo du sein. Halstedt.

Pour la discussion de ces résultats, il nous fallait poser à l'hypertension un critérium que l'expérience nous a montré variant avec l'âge. Nous avons longuement hésité avant de délimiter d'une barrière étanche et artificielle, le normal de l'anormal et sur les conseils de notre Maître, nous avons abaissé les chiffres primitivement choisis comme tensions normales limites. Peut-être seront-ils jugés un peu faibles. Ils sont en effet inférieurs à ceux de Taylor, Vaquez et Heitz.

Nous avons poussé les choses à l'extrême limite, ne voulant pas que la critique nous reprochât d'avoir laissé dans l'ombre des tensions supérieures à la moyenne. L'inconvénient en sera, croyons-nous, minime, puisque notre discussion est faite comparativement aux autres affections.

Nous avons longuement examiné notre statistique sous toutes les faces et nous résumerons ci-dessous les données qui nous paraissent intéressantes à noter.

Au-dessous de 20 ans. — En considérant l'hypertension au délai de 12/7 ; notre statistique porte sur 7 malades, dont 1 hypertendue (14/9) : Insuffisance thyro-ovarienne. Obésité.

De 20 à 30 ans. — L'hypertension est admise au-delà de 13/7,5. Nous avons réuni 90 malades (dont 3 fibromes) chez lesquelles nous avons trouvé 19 hypertendues se répartissant en : 4 grossesses ectopiques (sur 11), 3 annexites aiguës (sur 27), 3 annexites bacillaires (sur 9), 2 kystes ovariens (sur 8) ; 3 ovaires scléro-kystiques (25 %) 1 appendicite (sur 2), 2 rétroversions (sur 10), 1 fibrome (sur 3).

De 30 à 40 ans. — Hypertension au-delà de 13,5/8. Sur 61 malades (dont 12 fibromes) nous avons trouvé 10 hypertendues.

33 % hypertendues parmi les fibromateuses.

12 % hypertendues chez les autres malades en général, dont 33 % hypertendues parmi les malades porteurs d'ovaires scléro-kystiques.

De 40 à 50 ans. — Hypertension au-delà de 13,5/8.

Nous excluons de notre statistique trois malades fibromateuses ayant présenté, l'une de l'albuminurie, une autre un goitre avec glycosurie, la troisième qui était fortement obèse.

Nous ne retenons que 101 malades, dont 56 fibromes.

42 % hypertendues chez nos fibromateuses (24 sur 56).

25 % hypertendues chez les autres malades (12 sur 45).

Au-delà de 50 ans. — Hypertension au-delà de 13,5/8.

Nous excluons une obèse fibromateuse et ne retenons que 33 malades, dont 9 fibromes.

66 % de fibromateuses sont hypertendues.

63 % de néoplasiques sont hypertendues.

60 % de malades autres sont hypertendues.

Nous ne pouvons guère tabler sur les résultats obtenus à partir de la cinquantaine. En effet, au delà de cet âge, il est très difficile d'assigner une limite exacte à la tension normale, et l'hypertension peut rarement être rapportée à une cause unique. Elle n'est guère que « la somme des éventualités pathologiques que l'individu a rencontrées sur sa route » (J. Teissier.)

Nous rapprochons de tous ces chiffres, les résultats rapportés par Taylor et Withe, qui trouvent 21 % de fibromateuses ayant une tension supérieure à 140 mm.

Rappelons aussi la proportion de 10 % d'hypertendues trouvée par Vaquez et Leconte chez leurs malades fibromateuses, l'hypertension étant admise au-dessus de 180 mm.; et Heitz, avec son pourcentage de 21,6 % de tensions supérieures à 16 chez les mêmes malades.

Ces résultats sont absolument comparables entre eux si l'on tient compte des limites différentes assignées par les observateurs, à l'hypertension. Ils concourent à nous faire admettre, en poussant les choses à l'extrême limite, que *le nombre des hypertendues relevé chez les malades fibromateuses ne dépasse jamais, de plus de 20 % le chiffre d'hypertendues relevé chez les autres malades.*

Nous avons voulu nous assurer encore de la relation possible entre les hypertensions et les symptô-

mes hémorragiques. Le nombre d'hypertendues chez les femmes porteurs de fibromes hémorragiques (11 sur 29) est en tout point comparable à celui trouvé chez les autres fibromateuses.

Le volume de la tumeur, lui-même, ne paraît pas devoir être mis en cause : Nous voyons des tumeurs volumineuses peu ou pas hypertendues, alors qu'un utérus fibreux, à peine doublé de volume conditionne souvent une forte hypertension.

Il peut nous être objecté que des tumeurs volumineuses ou hémorragiques étaient primitivement hypertendues, et que l'hypotension secondaire due à une défaillance cardiaque ou à l'anémie, a dérobé ces phénomènes à nos recherches. Mais ce sont là des discussions spécieuses sur lesquelles nous manquons de données pour conclure.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Nous ne connaissons, à l'heure actuelle, encore rien de précis sur l'étiologie des fibromes utérins.

La pathogénie de l'hypertension observée dans ces cas ne sera donc pas d'une étude facile.

C'est pourquoi nombre d'explications, sur une question pourtant récente, nous sont déjà proposées. Nous les examinerons assez brièvement, évitant d'accumuler des hypothèses que l'imagination aidant, on pourrait varier à l'infini.

Nous avons, dans l'introduction, abandonné aux causes mécaniques la part que nous pensions devoir leur être attribuée. Nous n'y reviendrons pas et considérerons ici, seulement les théories vasculaires, sympathiques ou endocriniennes, qui nous paraissent dignes d'être retenues.

L'hypertension observée n'est-elle que le signe objectif d'une hypercontraction cardiaque fonctionnelle, destinée à vaincre un barrage scléreux périphérique, en l'espèce d'un fibromyome interposé sur la grande circulation ? Ce n'est là rien d'autre en somme que la théorie de l'hypertension par lésion scléreuse localisée en dehors du rein (J. Teissier).

Où bien, ferons-nous de la fibromyomatose utérine le point de départ d'excitations pouvant provoquer, par action réflexe sur le sympathique cardiaque et artériel, une vaso-constriction qui augmenterait la

tension (Loeb-M. Roussel) ? La physiologie, sinon l'anatomie du sympathique utérin nous sont encore presque inconnues et l'explication de Loeb, pour ingénieuse qu'elle soit, n'en reste pas moins toute faite de présomptions.

Les expériences de Patta et Decio nous ont montré que l'on ne pouvait guère envisager l'hypertension comme due à la résorption au niveau de la tumeur de substances hypertensives.

Si d'autre part nous voulions admettre l'hyper-ovarie comme genèse du fibrome (Geist), l'ovaire étant généralement considéré comme hypotenseur (Gley), nous serions en droit de nous étonner en voyant les fibromes liés à l'hypertension.

Il est une autre manière d'envisager le problème : MM. Vaquez et Leconte font remarquer l'importance que revêt le tissu chromaffine au voisinage de l'utérus : Les corps de Marchand, inclus dans les ligaments larges, constituent une véritable réserve d'adrénaline. On peut supposer, avec les auteurs, soit que l'hyperfonction du tissu chromaffine peut déclencher à la fois le développement du fibrome et de l'hypertension ; soit que le trouble apporté à la fonction de ce tissu par le voisinage du corps fibreux, aboutisse dans un grand nombre de cas à une élévation progressive de la pression artérielle.

Sans vouloir, comme Janeway, qualifier l'adrénalinémie de « merveilleux rêve » (Beautiful dream) on manque beaucoup de précisions sur les corps de Marchand en particulier et leurs modifications (?) dans les fibromes.

A toutes ces théories nous ferons le même reproche : Si nous les admettons l'une ou l'autre un instant, comment expliquerons-nous ce pourcentage, à vrai dire bien capricieux, de 20 % seulement d'hypertendues ? Si la présence d'un fibrome était la cause efficiente de l'hypertension, un rapport constant et absolu s'imposerait entre les deux affections, comparable à celui qui préside aux lésions cardio-rénales du mal de Bright. Nous verrions aussi la pression s'élever en raison directe de la masse de la tumeur.

Et puis, selon l'adage tant de fois répété : « *Ablata causa, tollitur effectus* », l'hypertension ne céderait-elle pas bien vite à l'ablation du fibrome ? Or, nous avons vu plus haut qu'il n'en était rien. En aucun cas, nous n'avons pu constater que « *causam morborum ostendit curatio* » et c'est pourquoi il ne nous semble pas que ces théories puissent être admises.

L'hypothèse reste beaucoup plus à la hauteur des faits observés, qui invoque une cause commune, encore qu'inconnue, dont dépendrait le développement simultané ou successif du fibrome et de l'hypertension (Heitz).

Le manque de coexistence absolue entre ces deux affections, d'autre part le pourcentage relativement élevé lui aussi, d'hypertendues chez les femmes porteurs d'ovaires scléro-kystiques, nous incitent à penser que certains individus, enclins, sous l'influence de sollicitations diverses, connues ou inconnues, à réagir sous forme scléreuse (fibrome, artério-sclérose) présenteront pour cette raison un pourcentage d'hypertendues beaucoup plus élevé.

Car dans toute pathogénie il doit être fait une place aux causes prédisposantes et on laisse trop souvent dans l'ombre le *soma* des anciens et la diathèse « ce mode particulier de réaction de l'organisme » (Bouchard) vis-à-vis des agents extérieurs.

Nous ne pouvons nous empêcher d'établir un parallélisme curieux entre l'étude de « l'hypertension dans la cataracte » (Méo) et celle que nous avons entreprise ici.

Ces deux affections, fibrome et cataracte, ne débute guère, en effet, avant l'automne de la vie. Leur étiologie est pareillement obscure, encore que la cataracte sénile (la seule qui soit envisagée) ait été attribuée par nombre d'auteurs pour une grande part à l'artério-sclérose (Michel-Panas-De Wecker-Grüll). Il paraît donc naturel que chez ces malades la même question de l'hypertension ait été soulevée. L'auteur s'est heurté aux difficultés mêmes que nous avons rencontrées sur notre route. Il avait espéré solutionner le conflit par un oui ou un non catégorique, mais ses conclusions imprécises montrent l'insconstance des résultats obtenus. Quoi de moins étonnant pourtant, que chez ces autres scléreux on ait pu trouver un nombre d'hypertendus supérieur à la normale ?

Quoi qu'il en soit, il serait bien imprudent de vouloir résoudre le problème qui nous occupe ici, avant même de connaître le *primum movens* de cette fibromatose utérine.

Nous dirons simplement, que les femmes porteurs de fibromes présentent assez souvent de l'hypertension, mais pas, croyons-nous, du fait de leur tumeur. .

CHAPITRE V

PRONOSTIC - TRAITEMENT

Nous n'aurons en vue, ici, que le pronostic pré ou post-opératoire des fibromes, dont l'hypertension ne s'accompagne pas de lésions cardiaques, rénales ou anévrysmales (miliaires ou autres), susceptibles d'assombrir singulièrement l'avenir des hypertendues.

Tous les auteurs, et nous partageons entièrement leurs opinions à ce sujet, sont unanimes à reconnaître la tolérance parfaite et souvent indéfinie de l'hypertension chez les femmes atteintes de fibromyomes utérins.

Nous n'avons relevé, dans la littérature médicale, qu'un seul cas de fibromateuse morte des suites d'opération et chez laquelle l'hypertension ait été incriminée. L'auteur, Janeway, ne précise pas dans quelles circonstances l'obitus eut lieu.

« Il est, dit Vaquez, remarquable de noter combien l'hypertension observée à l'époque de la ménopause ou chez les femmes atteintes de fibromes, se montre généralement bénigne. Du moins ne donne-t-elle que rarement lieu à des accidents et semble-t-elle assez souvent susceptible de guérison et de régression notable. » « Ainsi, dit-il encore, une femme de 47 ans qui

présentait 26/12 en 1916, n'avait plus que 20 en 1921. Une qui avait 21 en 1906 était normale en 1909 ».

Nous rapprocherons de ces cas celui d'une de nos malades qui avait à son entrée 16/10. Quatre jours après l'opération, elle accusait 23/13 sans aucun signe physique ni fonctionnel, et 18 jours après, guérie, elle quittait l'hôpital avec 14/9.

Nous n'avons jamais, nous-même, constaté d'accidents graves pouvant être mis à l'actif de l'hypertension chez nos fibromateuses.

C'est cette conclusion pratique qu'avaient sans doute en vue Barrows, Taylor et Withe lorsque, malgré les 21 % d'hypertendues trouvées chez leurs malades, ils disaient « ne pas voir de relation nette entre les deux affections ». La relation, plus qu'une banale coïncidence, n'est pas niable, mais cliniciens avant tout, ils n'ont retenu que le côté pratique, à savoir le danger de l'hypertension. Et ce danger ne leur a pas paru exister.

Cette hypertension, telle que nous venons de la décrire, réalise le type parfait de « l'hypertension latente » à laquelle M. Gallavardin reconnaît une tolérance parfaite et un pronostic remarquablement bénin. Elle est presque toujours décelée fortuitement, sans que la malade ait en rien attiré l'attention sur ce point.

Elle paraît être le seul indice d'un organisme parfaitement équilibré pour fonctionner sous un régime circulatoire supérieur à la normale.

A peine l'interrogatoire révèle-t-il quelquefois un peu de dyspnée d'effort. « C'est une véritable surprise d'examen », dit M. Coury, et il ajoute, « beaucoup

mieux que l'homme, la femme paraît supporter avec un minimum de troubles fonctionnels et un minimum de risques des hypertensions très élevées ».

Malgré tout, chez des femmes fortement hypertendues il paraîtrait séduisant d'avoir recours, de préférence à la cure radicale, à des méthodes physiothérapiques (Radium, Rayons X, ou cures hydrologiques).

On obtiendrait ainsi une régression plus lente de la tumeur et une castration moins brusque (MM. Vaquez-Wallich). Mais il n'en est rien et les résultats sur la tension (MM. Cotte, Heitz) sont absolument les mêmes, que l'on emploie l'une ou l'autre méthode.

Nous n'avons jamais constaté dans les suites opératoires de nos malades, les pneumonies que d'autres ont signalées comme ayant une prédilection particulière pour les hypertendus. Cela tient peut-être au mode d'anesthésie (rachinovocaïnisation) pratiqué par M. le Professeur agrégé Cotte à la Clinique gynécologique.

En résumé, le pronostic immédiat de l'hypertension chez les fibromateuses est bon. Quant au pronostic éloigné nous manquons d'observations pour conclure et nous nous en rapporterons à M. Vaquez et Heitz qui n'ont jamais constaté d'accidents.

L'ablation du fibrome, dont nous avons vu les résultats si inconstants sur la tension, ne sera pas d'un grand secours dans le traitement éventuel des hypertendues.

Pourtant si l'on admet que, même latentes, les hypertendues sont d'une fragilité plus grande en face des

éventualités pathologiques, il sera sage (M. Gallavardin) de préconiser un *modus vivendi* exempt d'excès et de persuader à de semblables malades l'utilité d'une visite médicale régulière tous les trois, six mois ou un an.

On sera à même de dépister ainsi tout symptôme précurseur de faillite dans le système cardio-rénal.

CONCLUSIONS

De nos recherches il résulte que :

I. — Chez les malades atteintes de fibromyomes utérins, le nombre d'hypertendues varie en fonction de l'âge.

II. — Chez les fibromateuses le nombre d'hypertendues dépasse en moyenne de 20 % celui qui nous est fourni par les malades atteintes d'autres affections gynécologiques.

III. — Il semble donc y avoir une certaine relation entre l'existence d'un fibrome et l'hypertension artérielle.

IV. — Mais il est impossible de dire si le fibrome est la cause de l'hypertension. Il est plus probable que les fibromes se développent de préférence chez des malades qui, à des causes diverses, parfois connues (tuberculose, syphilis, alcoolisme) souvent ignorées (celles de l'artério-sclérose et du fibrome) réagissent toujours de même façon, à savoir par un processus de sclérose, grand facteur d'hypertension.

V. — Ces hypertensions doivent être rangées dans la catégorie des « hypertensions latentes » ne dépassant guère 18 cm. de Hg au Gallavardin, sans aucun

symptôme fonctionnel, sans aucun signe physique anormal dans le système cardio-vasculaire ou rénal et d'un pronostic particulièrement bénin.

VI. — Nous n'avons pas pu constater de différence sensible entre les résultats post-opératoires obtenus chez les malades traitées par l'hystérectomie, par la radiumthérapie ou par la radiothérapie.

VII. — Nous n'avons jamais enregistré après ces interventions d'accidents immédiats dus à l'hypertension.

VU :
Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
MOURIQUAND

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 13 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ADELON. — Dictionnaire en 30 volumes. Art « Sympathie ».
- BARROWS. — *American Journal Surgery*, New-York, 1912.
- BEDFARD-FENWICK. — On intra abdominal tumours as a cause of generation cardiac. *Gynec. Journal*, 1887.
- BOGDANOVICS. — Pression artérielle et menstruation. *Orvosi Hetilap*, 1909.
- BOVÉE. — Arythmia cordis-complicatury fibromata uteri. *J. Am. Med. Association*. Chicago, 1900.
- CHAMPY et GLEY. — Extraits d'ovaire et pression artérielle. *Société de Biologie*, 1911.
- Corps jaune et pression artérielle. *Société de Biologie*, Novembre 1911.
- CLAISSE. — Sur le développement des fibromyomes. *Thèse de Paris*, 1900.
- CLAVÉ. — Fibromes utérins et affections cardiaques. Bordeaux, 1900.
- A. COURY. — Notions récentes sur l'hypertension. *Bulletin Médical*, 6 Juin 1923.
- COTTE. — Hypertension et Fibromes. *Lyon-Médical*, 10 Février 1923.
- FRAYSSE. — De l'anurie au cours des fibromes utérins et kystes de l'ovaire
- GALLARVADIN. — La tension artérielle en clinique, 1920.
- GATSCH. — Effets de la laparotomie sur la circulation. *Journal of American Association*, Juin 1914.
- GEIST. — Gynecology and Obstetric. Décembre 1916.
- GOUGET. — Pathogénie de l'artério-sclérose.
- J. HEITZ. — Hypertension et Fibromes utérins. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 Avril 1922.
- HOFFMEIER. — *Zeitschrift für Geburts. und Gynäkologie* LXI, 1884.

- HUCHARD. — Artério-sclérose. *Journal des Praticiens*, 1907.
- HEIMANN Fritz. — Développement et pathogénie des myomes utérins.
- JANEWAY. — *Journal of the Medical Association*, Décembre 1912.
- KLEBERLÉ. — Evolution des tumeurs fibreuses de l'utérus. *Société d'Anatomie*, 1883.
- LEMOINE. — Pathogénie de l'artério-sclérose et athérome. Vigot. Paris, 1913.
- LEVEQUE. — Troubles cardiaques dans corps fibreux de la matrice. *Société d'Anatomie*, 1883.
- LOEPER. — Pression artérielle et digestion. *Archives des maladies du cœur*, 1912.
- MÉO. — Tension artérielle dans la cataracte. *Thèse de Toulouse*, 1905.
- PARISOT. — Pression artérielle et glandes à sécrétion interne. Patho. expérimentale. Baillière. Paris, 1908.
- PATTA et DECIO. — Myomes utérins et circulation. In *Monatschrift für Geburt. und Gynäkologie*. Octobre 1911.
- T.-J. PICCARDO. — Etiopathogenesis of uterina fibromyoma.
- ROUSSEL Marie. — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1890.
- J.-S. SCHEEHEY. — Removal of an interstitiel fibromyoma.
- SÉBILEAU. — Le cœur et les grosses tumeurs abdominales. *Revue de Chirurgie*, 1887.
- STRASSMANN et LEHMANN. — *Semaine Médicale*, 10 Mars 1899.
- SULBERTON. — Ménopause et troubles vaso-moteurs qui s'y rattachent. *Surgery, Gynecology and Obstetric*. Décembre 1916.
- TAYLOR et WITHE. — Pression artérielle dans Fibromyomes utérins. *Surgery Gynecology and Obstetric*, Février 1916.
- VAQUEZ. — Traité des maladies du cœur. Paris, 1920.
- VAQUEZ et LÉCONTE. — Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus. *Paris Médical*, 2 Juillet 1921.
- WIGERS. — Signification pronostique des variations de la pression sanguine dans les hémorragies. *Archiv of Internation. Medec.* Septembre 1910.
- WALLICH. — Hypertension et Hémorragies de la grossesse. *Académie de Médecine*. Juin 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	pages
Introduction	7
Historique	10
Chapitre II	14
Observations	21
Pathogénie.	33
Pronostic - Traitement.	37
Conclusions	41
Bibliographie	44
